

¿Fortalecimiento institucional? El paradigma de la Nueva Gerencia Pública para la gestión de la salud.

Marisol Mancini.

Cita:

Marisol Mancini (2011). *¿Fortalecimiento institucional? El paradigma de la Nueva Gerencia Pública para la gestión de la salud. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/279>

¿FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL? EL PARADIGMA DE LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD.

Autora: Marisol Mancini.

Lic. En Ciencia Política. UNR. Estudiante del Doctorado en Ciencia Política de la UNSAM. Becaria Conicet.

E- mail: marisolmancini@yahoo.com.ar

Resumen: En Argentina, en el sector público de la salud, desde la década del 90 se retoma el proceso de descentralización hacia niveles subnacionales de la provisión de los servicios, proceso que se inscribió en un contexto fuertemente marcado por las limitaciones presupuestarias. Las agencias multilaterales de crédito han tenido un papel preponderante en el diseño y financiamiento de las reformas, las cuales no se basaron sólo en descentralizar sino en 'fortalecer institucionalmente' el sistema de salud introduciendo mecanismos de mercado en el sector público. El sustento teórico de estas propuestas se basa en la Nueva Gestión Pública. En el presente trabajo se analizan los instrumentos de política propuestos en el Plan Federal de Salud (2003 – 2007) para lograr este objetivo.

Palabras clave: fortalecimiento institucional, Nueva Gerencia Pública, gestión de la salud.

Introducción

La reforma de los sistemas de protección social lleva ya más de dos décadas en América Latina. En este marco, en Argentina, desde principios de los '90, y en relación con la política de servicios universales, en el área de la salud se retoma el proceso de descentralización hacia niveles subnacionales de la provisión de los servicios, la cual se inscribió en un contexto fuertemente marcado por las limitaciones presupuestarias y no presentó como motivación central la búsqueda de niveles crecientes de eficacia y equidad.

Los estudios sobre descentralización señalan que la misma ha derivado en una marcada dispersión y fragmentación en el modo de decidir, diseñar, financiar, implementar y evaluar la política social en general y las de salud en particular, al tiempo que ha profundizado la inequidad del sistema y disminuido posibilidad de que los niveles subnacionales asuman el ejercicio efectivo de los servicios transferidos.

Por este motivo, desde mediados de los años '90, las agencias multilaterales de crédito, especialmente el Banco Mundial (BM), han reconocido la importancia de contar con un aparato estatal de calidad. En este contexto y en

el marco de la crisis económica, política y social de fines de 2001 y principios de 2002 y, como respuesta a la misma, a fines de 2003 el gobierno nacional lanza el Plan Federal de Salud (2004 – 2007). Este documento contempla la instrumentación de políticas de emergencia a la vez que recoge recomendaciones del BM (2003) y hace hincapié en el fortalecimiento institucional de las jurisdicciones provinciales, las cuales deben desempeñar un rol central en la introducción de modificaciones en la estructura y funcionamiento del sector público de la salud. Estas propuestas de fortalecimiento institucional se sustentan teóricamente en la denominada Nueva Gestión Pública y proponen transferir los modelos de gestión del sector privado al manejo del sector público. Así, se enfatizan las siguientes propuestas: 1) fortalecer la función provincial de aseguramiento (por ejemplo, desarrollando seguros públicos provinciales); 2) mejorar la gestión de los prestadores públicos, vinculando el financiamiento a su desempeño impulsando cambios en su modelo de atención.

En el presente trabajo analizaremos la pertinencia de los instrumentos de políticas propuestos por el Plan Federal de Salud para lograr el fortalecimiento institucional de los niveles nacional y subnacionales en la coordinación y prestación de los servicios públicos de salud.

Caracterización del sistema público de salud en Argentina desde las reformas de la década del '90

En Argentina, las reformas y la descentralización ocurridas en el sector público de la salud en la década de 1990 se inscribieron en el marco de un proceso de ajuste económico durante el período histórico de la hegemonía neoliberal en Argentina y de la transformación de la política social en el país. Como afirman Repetto y Alonso (2006), “la descentralización sectorial-administrativa de los noventa operó con fuerza en el campo de los servicios universales, donde por lo general prevaleció la decisión unilateral de los actores más poderosos al interior del Estado nacional (en particular, la coalición centrada en el Ministerio de Economía).” (Repetto y Alonso, 2006: 227). De este modo, se puede afirmar que fueron las provincias los actores menos interesados en las reformas dado que esa reestructuración de las relaciones Nación-provincias de la década de los '90 supuso una fuerte confrontación por recursos entre ambos niveles de gobierno.

De este modo, el actor más interesado en introducir políticas de reforma en el área de la salud fue el gobierno nacional. Las distintas estrategias de descentralización de servicios de salud en las provincias originaron un sistema desarticulado, pero con un elevado grado de autonomía de la gestión y del área programática a nivel provincial, que dieron origen a un modelo de *devolución híbrida*, esto es descentralización con limitaciones de autonomía. (Di Gropello y Cominetti, 1998).

En este sentido, en relación con la prestación directa de los servicios de salud la Nación cumple un rol secundario. De hecho, la mayor parte de la capacidad instalada se encuentra en el ámbito provincial, perteneciendo a las provincias un 67 por ciento del total de los establecimientos asistenciales y el 76 por

ciento de las camas que se encuentran bajo la órbita pública. (CEDI, 2002) Las provincias tendieron a repetir el mismo esquema centralizado de la nación: un Ministerio de Salud, con hospitales de baja y alta complejidad, y diferentes grados de articulación. Asimismo, el gasto de los gobiernos provinciales en salud se centra principalmente en la atención pública existiendo una gran disparidad en el gasto entre los distintos gobiernos provinciales. Este proceso de *provincialización* de la salud tiene como característica principal el traspaso de facultades y competencias (normativas, operativas y programáticas) a todas las provincias, minimizando el papel del nivel central.

De esta manera, la descentralización provocó:

- a) una heterogeneidad de la atención sanitaria de acuerdo con las capacidades propias de cada provincia y/o municipio con responsabilidad en el subsistema de salud pública (Repetto y Chudnovsky, 2009),
- b) una profundización de su falta de coordinación y articulación entre las diferentes jurisdicciones y, por último
- c) ha atentado contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Es en este contexto que cobra relevancia la cuestión de las capacidades institucionales del sector público de la salud, tanto de los niveles nacionales como subnacionales.

En este marco, la idea de 'segunda generación de reformas', que surge hacia mediados de la década del '90 a instancias del Banco Mundial, propone una serie de medidas de reforma administrativa con el objetivo de fortalecer capacidades en el área de la política social en general, y en las de salud en particular.

La Nueva Gestión Pública y las estrategias de fortalecimiento de las capacidades del Estado en el área de la salud

El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la OCDE, entre otras organizaciones internacionales, han producido investigaciones sobre políticas y programas del sector salud. El *World Development Report* (1993) producido por el Banco Mundial y el informe *Economic and Social Progress in Latin America* (1996) realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo fueron los análisis más influyentes en el sector. (Kaufman y Nelson, 2004) El Banco Mundial se convirtió hacia fines de la década de los noventa en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en desarrollo para llevar a cabo reformas en este sector. En los documentos del Banco Mundial se insistía en la privatización de los servicios, descentralización, distinción entre roles de financiación y provisión de servicios, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país define de acuerdo con sus recursos. (Homedes y Ugalde, 2005 y 2008) Estas agencias han reconocido la importancia de contar con un aparato estatal de calidad, por lo que han promovido estrategias de fortalecimiento institucional. Este fortalecimiento se sustenta teóricamente en la denominada **Nueva Gestión Pública**.

La primicia de esta *nueva administración de lo público* se soporta en tres perspectivas. Así, podemos encontrar tres vertientes de la gestión gerencial de los asuntos públicos, a saber: la *Reinvención del Gobierno*, el *paradigma Pos-Burocrático* y la *Nueva Gestión Pública*. (Puello - Socarrás, 2008)

La *Reinvención del Gobierno*, planteada originalmente por Osborne y Gaebler (1992), prescribe nuevos retos para el gobierno contemporáneo generados a partir de la transformación de las burocracias modernas en gobiernos de corte empresarial. Este tipo de actuación gubernamental estaría inspirada en el cliente. La reinvención consistiría en reemplazar el *ethos burocrático*- y sus supuestos vicios- ineficiencia, rigidez, parsimonia, ineficacia e impersonalidad- por una nueva imagen del gobierno en el manejo público que se identifique con la flexibilidad y la adaptabilidad propia de la “época de los mercados”.

Por su parte, el *paradigma Pos-Burocrático* comparte el diagnóstico de una crisis de la administración pública que debe ser superada mediante un cambio en las burocracias tradicionales. De este modo, se debe superar al paradigma weberiano centrado en la burocracia por uno pos-burocrático. Como en el caso anterior, se trata de introducir la gestión gerencial en los asuntos públicos. La perspectiva del paradigma pos-burocrático facilitaría una percepción más clara sobre los resultados que pretenden alcanzar las burocracias públicas las cuales, en el paradigma burocrático, se concentran más en cumplir los procedimientos administrativos que en lograr su misión como organización pública.

La vertiente de la *Nueva Gestión Pública* actualiza los principales referentes de la discusión teórica y de las praxis herederas del enfoque de reinventar el gobierno y del paradigma post-burocrático. Sus características principales son:

- a) sugiere ser una síntesis entre la Reinvención del Gobierno y el paradigma Pos - Burocrático como una propuesta finalizada de la administración, el gobierno y la gestión de lo público;
- b) para la Nueva Gestión Pública la reforma del Estado supone crear una *gobernanza* bajo una nueva concepción de “lo público” en la que el Mercado, como *estructura* pero sobre todo como *fuerza* sea medular;
- c) la Nueva Gestión Pública pretende la constitución de un Estado contractual desarrollado desde el concepto de *cuasi-mercados*. (Puello - Socarrás, 2008).

La constitución de cuasi – mercados se presenta en el Plan Federal como uno de los objetivos principales a lograr por parte de las provincias en lo referente a la provisión de los servicios de salud, lo que significa que se apela a cambiar el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, lo cual se realiza a través de la generación de cuasi -mercados, cuyo financiamiento se vincula con productividad, cobertura, rendimiento y cumplimiento de metas¹. (Sojo, 2000).

¹ Tal es el caso del Seguro Materno Infantil Provincial denominado Plan Nacer.

El fortalecimiento institucional en el Plan Federal de Salud

Las formulaciones que se detallan en el Plan Federal de Salud, se encuentran en consonancia con los contenidos del Reporte 26144/AR-2003 del Banco Mundial denominado “El Sector Salud Argentino: Situación actual y opciones para mejorar su desempeño”.

Este documento señala que de las reformas efectuadas en los años noventa persiste el problema de la ausencia de articulación adecuada entre las funciones que deben desempeñar las provincias y las que debe desempeñar el Estado nacional. Teniendo en cuenta esto, el documento señala que se debe lograr mejorar los servicios para la población más pobre y reconocer el rol central de las provincias, ya que son ellas las principales gestoras de la respuesta que da el sector salud a la población de menores ingresos. Para el gobierno nacional se reserva la función de rectoría y liderazgo en la definición, implementación y articulación de políticas.

Otro aspecto fundamental que el del Banco Mundial considera como problema es la complejidad de la estructura federal de la Argentina. Si bien el nivel nacional debe regular y orientar el sector en general, *son los gobiernos provinciales, en el marco de las atribuciones conferidas en sus propias constituciones, los responsables de garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos. Por este motivo, todo intento de reforma sostenible tiene que partir de las propias provincias y ser enmarcada en un espacio efectivo de negociación y conducción federal del sector salud.* Es en este ámbito donde deben articularse las responsabilidades e iniciativas provinciales. Adicionalmente, manifiesta que dicha articulación de responsabilidades e iniciativas se ve especialmente dificultada debido al actual arreglo de financiamiento y oferta de servicios, por lo que se señala que el sector salud en la Argentina enfrenta tres grandes desafíos que debe superar, a saber: **a) inequidad, b) ineficiencia y c) debilidad en su marco regulatorio.**

La **inequidad** se evidencia en que la oferta pública de servicios presenta gran variabilidad en la cobertura y la calidad dado que depende del financiamiento disponible en cada provincia, lo cual genera diferencias importantes a lo largo del país y se refleja en la atención brindada.

La **ineficiencia** del sector se expresa a través de la rigidez organizativa y la ausencia de incentivos al desempeño en la prestación pública de servicios

Por último, el sector presenta **deficiencias significativas en materia de regulación** y en la aplicación de la normativa existente. La estructura federal y la complejidad que la misma impone en términos de articulación, así como la inercia en la asignación y gestión de recursos limitados del nivel nacional emergen como los principales problemas a superar.

En el Plan Federal se señala que el Estado se está recuperando, no en su antigua estructura burocrática sino en sus funciones de producir bien común, equilibrar recursos entre débiles y poderosos, y promover el desarrollo humano.

Esta revalorización del Estado es diferente a la que poseía durante el período previo a la reforma. De hecho, si bien en el Plan Federal se realiza una crítica a los procesos de descentralización de la salud llevados a cabo en los noventa, señalando que en aquél momento primaron objetivos financieros por sobre los requerimientos del sector en materia de eficiencia y equidad, de los lineamientos generales del Plan emerge que la responsabilidad final en la consecución de la eficiencia corresponde a las jurisdicciones provinciales.

De esta manera, entre las *alternativas propuestas* para mejorar el estado de salud de la población, especialmente la de los sectores más pobres y vulnerables, el documento señala que *las provincias deben desempeñar un rol central en la introducción de modificaciones en la actual estructura y funcionamiento sectoriales*.

Por lo tanto, se proponen los siguientes instrumentos de política para lograr tal objetivo:

-Instrumentos de coordinación: puesta en marcha de instancias coordinadoras sin afectar la autonomía provincial. Se propone revitalizar como órgano de coordinación inter-jurisdiccional al Consejo Federal de Salud (COFESA) para que facilite el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación por parte del ministerio de salud de la nación y de los provinciales.

-Instrumentos de gestión: proponen la implementación de acuerdos de gestión Nación – Provincias (en el marco del COFESA) como forma de avanzar en los procesos de descentralización y devolución del gasto social en lo relativo a la salud pública.

-Instrumentos financieros: lograr que los recursos (tributarios nacionales y provinciales y de asignación específica) sean asignados en función del desempeño. Desarrollo de una estrategia de seguros públicos, a cargo de las provincias, que reoriente los RR.HH. y presupuestarios hacia esquemas que contemplen la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal, fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica, etc.

De acuerdo a lo expuesto, cabe preguntarse si son adecuados estos instrumentos de política para lograr el pretendido fortalecimiento institucional. A continuación se presentan algunos resultados preliminares de una investigación² realizada en la provincia de Santiago del Estero

1. En cuanto a los **instrumentos de gestión, a)** se ha propuesto la implementación de planes como el Plan Nacer³ (seguro público

² Investigación realizada para obtener el título de Magíster en Administración Pública de la Universidad de Buenos Aires.

³ El proyecto forma parte de un crédito denominado Adjustment Program Lending (APL), que permite una ejecución en 10 años y el cual está dividido en dos préstamos. El APL I se está implementando en las 9 provincias del Noroeste Argentino (NOA) y del Noreste Argentino (NEA); y el APL II en las restantes 15 provincias del centro y sur del país, Cuyo, Centro, Patagonia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

provincial que se propone disminuir la mortalidad materno – infantil de los sectores de menores ingresos, al tiempo que propone el fortalecimiento institucional, creando una Unidad Ejecutora a nivel provincial, introduciendo la gestión por resultados y generando cuasi-mercados) mediante el cual se ha proveído insumos (materiales, capacitación técnica, etc.) para la construcción de capacidades, pero no se han transformado los modos de gestión y no se han institucionalizado nuevos comportamientos en los agentes públicos; **b)** la creación de Unidades Ejecutoras de proyectos no ha generado una adecuada articulación y coordinación entre ellas y los ministerios de salud; **c)** los acuerdos de gestión nación – provincias, pautan metas para todas las provincias por igual, sin tener en cuenta la heterogeneidad sub-nacional, lo cual en lugar de fortalecer el desempeño provincial ha provocado la persistencia de las desigualdades entre las provincias con menos capacidades y con peores indicadores socio- económicos y epidemiológicos.

2. En cuanto a los ***instrumentos de coordinación***, uno de los objetivos era la fortalecer la función de rectoría y regulación de los ministerios provinciales, sin embargo, la ausencia de articulación entre las unidades ejecutoras de proyectos y los ministerios, mencionada en el punto anterior, indican que tal objetivo no se ha logrado. Asimismo, como se indica en el siguiente punto, los ministerios de salud provinciales no han logrado revertir los procesos de selección adversa que ha generado la gestión por resultados.
3. En cuanto a los ***instrumentos de financiamiento***, **a)** los planes orientados al fortalecimiento que tienen asignación específica de recursos han provocado un efecto de ‘crowding-out’, esto es, el desplazamiento del presupuesto provincial a otros usos ante tal financiamiento. Si bien se considera que el desplazamiento del presupuesto ante una transferencia condicionada es difícil de evitar y que sus consecuencias se pueden mitigar obligando a la provincia, a través de la cláusula contractual, a mantener las previsiones presupuestarias en el área salud, esto no ha ocurrido; **b)** la introducción de incentivos monetarios por cumplimiento de metas sanitarias, esto es la gestión por resultados, ha creado efectos distorsivos (selección adversa) ya que el hecho de que se reciba dinero por facturar prestaciones ha producido un sesgo hacia la atención materno infantil (caso Plan Nacer) en detrimento del resto de la población.

Si bien estos resultados no se pueden extrapolar a todas las provincias, los mismos nos alertan acerca de algunas cuestiones a tener en cuenta: primero, la eficacia de tales instrumentos para el logro de los objetivos planteados; segundo; sobre la pertinencia políticas universales que no tienen en cuenta los

Los componentes del Plan son los siguientes: 1) implementación del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP); 2) apoyo al financiamiento institucional y del rol de rectoría del Ministerio de Salud Nacional y de las Provincias incorporadas al SMI; 3) difusión, comunicación para la implementación del SMI y educación para la salud; 4) sistemas de Monitoreo, Evaluación y Auditoría continua; 5) gerenciamiento y administración del Proyecto.

contextos diferenciados en los cuales se implementan, en este caso las provincias, lo que provoca que su impacto sea limitado.

Comentarios finales

Las reformas neoliberales tuvieron dos objetivos: reducir el gasto social, descentralizar y privatizar la mayor cantidad posible de funciones del Estado. Estas propuestas priorizaron una serie de transformaciones hacia el interior del Estado apoyadas en ideas del management privado, las cuales se plasmaron en el paradigma de la Nueva Gestión Pública.

En el caso argentino hemos visto que ya los primeros intentos descentralizadores tuvieron como motivación reducir el peso fiscal del gobierno federal. La descentralización ha sido impuesta desde afuera para las provincias y, desde la década del noventa, incluso para el gobierno nacional ya que el financiamiento del Banco Mundial dependía de la adopción de las reformas. En ningún momento se tuvo en cuenta si existían las condiciones necesarias para que el proceso se llevara a cabo de manera exitosa.

Como afirman Repetto y Alonso (2006), las reformas en el área social ocurridas durante la década del noventa reflejan la escasa voluntad de la coalición dominante por construir una nueva institucionalidad social de signo incluyente.

Con la crisis de los años 2001 y 2002, se continúa con la tendencia descentralizadora impulsada desde el nivel central a las provincias, y también cabe preguntarse si las provincias estuvieron interesadas en este proceso. Sin embargo, también se han diseñado planes federales de corte más progresista, como el plan Remediar, destinado a brindar medicamentos gratuitos a la población de menores ingresos en todo el país, no obstante uno de los problemas más importantes que tuvo que enfrentar el gobierno nacional para implementar este plan con relativo éxito fue precisamente la descentralización del sistema de salud. (Ugalde y Homedes, 2008) Esto nos hace reflexionar acerca de la compatibilidad del proceso de descentralización tal como ha sido llevado a cabo con otras políticas destinadas a disminuir la inequidad.

Si tenemos en cuenta los desafíos que el Plan Federal de Salud mencionó que tenía que superar el sector salud en la Argentina, *ineficiencia, inequidad y debilidad regulatoria*, es válido preguntarse en qué medida estos instrumentos favorecen o no a la resolución de dichos problemas.

Con respecto a la *ineficiencia*, y teniendo en cuenta la experiencia del Plan Nacer, la introducción de incentivos al desempeño en la prestación de servicios no parece ser la manera más adecuada para superarla, por el contrario, podría introducir sesgos en la atención que también repercutan en la equidad.

En relación con el fortalecimiento institucional, las acciones propuestas (a través del Plan Nacer por ejemplo) constituyen lo que Martínez Nogueira (2002) denomina como insumos para la construcción de capacidades, pero no se refieren a los “procesos a través de los cuales se transforman los modos de

gestión o se institucionalizan nuevos comportamientos”. (Martínez Nogueira, 2002:17)

Para este autor, en estos tipos de proyectos, el fortalecimiento institucional es tratado de manera parcial, limitada y simplista, sin considerar las condiciones y estrategias necesarias para lograr tal fortalecimiento. Asimismo, considera que los impactos de los modelos de gestión y de fortalecimiento institucional que pretenden lograr no son objetos de evaluación:

Este fortalecimiento debe entenderse como el impacto de un conjunto de acciones dirigidas a construir y consolidar capacidades en las unidades organizacionales para el logro de los objetivos definidos por las políticas del sector y los contenidos de los proyectos por medio de una mayor eficiencia, eficacia y calidad en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación. (Martínez Nogueira, 2002:18)

Por otro lado, si la *inequidad* se manifiesta en la gran variabilidad en la cobertura y calidad disponible en cada provincia generando diferencias importantes a lo largo del país y en la atención brindada, la transferencia gradual⁴ del Plan Nacer a las provincias no hace más que confirmar esta característica del sistema. Así, el hecho de que en el largo plazo las provincias tengan que hacerse cargo por completo del Plan provocará una fragmentación aún mayor del sistema de salud, aumentará la desigualdad geográfica en la provisión de servicios tanto a nivel inter-provincial como intra-provincial y, en algunos casos, se pondrá en riesgo la continuidad misma del Plan, dado que no todas las provincias estarán en condiciones de hacerse cargo del mismo.

Finalmente, las *deficiencias en materia de regulación* y en la aplicación de la normativa existente en un marco federal dan cuenta de la necesidad de articulación entre los diferentes niveles de gobierno. Esto representa un gran desafío ya que a pesar de la revitalización del COFESA sus funciones actuales son en general vagas, no vinculantes y sin incidencia sobre el gasto y los incentivos sectoriales. (Potenza Dal Maseto, 2008)

Bibliografía

ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2002) El sistema de salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento 55.

Banco Mundial. Reporte 26144/AR-2003. “*El Sector Salud Argentino: Situación actual y opciones para mejorar su desempeño*”.

CEDI (2002) El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Documento 77.

⁴ A partir del cuarto año de ejecución las transferencias de Nación serán decrecientes. En el sexto año cesarán las transferencias a las provincias. Es decir, que progresivamente, las provincias tendrán que aumentar los recursos destinados al Plan, hasta que se hagan cargo de totalidad del mismo.

DI GROPELLO, E. y COMINETTI, R. (comp.)(1998) “La descentralización de la educación y la salud. Análisis comparativo de la experiencia latinoamericana”, CEPAL.

KAUFMAN, R. y NELSON, J. (2004) Introduction: The political challenges of social sector reform. En *Crucial Needs. Weak Incentives. Social sector reform, democratization and globalization in Latin America*. Kaufman y Nelson (comp.) Woodrow Wilson Center Press.

Martínez Nogueira, R. (2002) Las administraciones públicas paralelas y la construcción de capacidades institucionales: la gestión por proyectos y las unidades ejecutoras. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 24. Caracas.

MINISTERIO de SALUD de la NACION (2003) Plan Federal de Salud. Recuperado 10 de junio de 2007de http://www.msal.gov.ar/hm/site/institucional_planfederal.asp - 18k

Osborne y Gaebler (1992) *La Reinención de Gobierno: la influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Paidós. Barcelona.

Potenza Dal Massetto, M.F. (2008) “*Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990 – 2004)*” En Premio a la innovación y mejoramiento de las políticas públicas 06-07: Categoría maestría. INAP. Bs. As.

PUELLO-SOCARRAS, J.F. (2008) *Nueva Gramática del Neoliberalismo*. Universidad Nacional de Colombia.

REPETTO y ALONSO, G. (2006) “La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización”, en *Política y Políticas Públicas en los procesos de reforma de América Latina*. Franco y Lanzaro (comp.) CEPAL – Flacso México.

Sojo, A. (2000) *Reformas de gestión en salud en América Latina: Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. División de Desarrollo Social de la CEPAL.

UGALDE, A., HOMEDES, N. (2008) *La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica*. *Revista Salud Colectiva*. Vol. 4, nº 1. Universidad de Lanús.

(2005) *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3)

